

**Ambulante Pflegefinanzierung**  
**Quartalsabrechnung für Patienten der Gemeinde XXX für das Jahr 2013**

Leistungserbringer:

Jan 13	Feb 13	Mrz 13
--------	--------	--------

Patient/in / Geburtsdatum	Tarifpos. KLV			Einnahmen Fr.		Tarifpos. KLV			Einnahmen Fr.		Tarifpos. KLV			Einnahmen Fr.	
	7a	7b	7c	K`kasse	Patient/In	7a	7b	7c	K`kasse	Patient/In	7a	7b	7c	K`kasse	Patient/In
Muster Hans, 12.01.1940															
<b>Total Min.</b>	0	0	0			0	0	0			0	0	0		
<b>Total Std.</b>	0.00	0.00	0.00			0.00	0.00	0.00			0.00	0.00	0.00		
<b>Total Fr.</b>				0.00	0.00				0.00	0.00				0.00	0.00

Datum:

Unterschrift: